

Секция «Фундаментальная медицина»

Понимание комплексного подхода в лечении деформации переднего отдела стопы.

Шевченко А.А.¹, Дедюрин А.А.², Алиев Т.М.³, Герасимов А.А.⁴, Макоев Б.Б.⁵

*1 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, 2 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, 3 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, 4 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, 5 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, Москва, Россия
E-mail: Alejandro-magno@mail.ru*

Значимость корригирующей остеотомии в лечении деформации первого луча и переднего отдела стопы в настоящее время заметно возрастает. Тенденция современной хирургии движется в сторону малоинвазивного и надежного метода лечения. Целью оперативного лечения данной патологии являются: купирование болевого синдрома, восстановление биомеханики стопы, профилактика деформирующего остеоартроза и достижение хорошего эстетического эффекта.

Существует множество корригирующих остеотомий первой плюсневой кости (проксимальные, диафизарные, дистальные), так же в комбинации с остеотомиями фаланг пальцев. В лечении плоскостопия с выраженной деформацией первого луча стопы, наиболее оптимальной является диафизарная остеотомия SCARF, которая позволяет провести комбинированную коррекцию деформации в различных плоскостях, декомпрессию плюснефалангового сустава. При помощи винтов Барука достигается стабильный остеосинтез, позволяющий пациентам осуществить раннюю нагрузку на оперированную конечность.

Материалы и методы. В ГКБ 12 г.Москвы в 2011 году было прооперировано 36 пациентов, 34 из них женщины (94,4%). У 16 пациентов (44,4%) оперативное лечение выполнено на 2 стопах. Возраст пациентов от 22-69 лет, средний возраст 44 года. Проводилась диафизарная остеотомия SCARF в комбинации с медиальной закрытоугольной остеотомией основания проксимальной фаланги 1 пальца (osteotomy Akin), релизом сесамовидных костей с тенотомией аддукторов в области прикрепления основной фаланги первой плюсневой кости, натяжением мягких тканей с медиальной стороны, также с остеотомиями 2-5 плюсневых костей.

Результаты. В сравнительном анализе рентгенограмм - средний угол коррекции первого межплюсневого промежутка составил 11,2 градуса, угол вальгусной деформации первого пальца — 25 градусов; оценивалось положение сесамовидных костей, централизацию в физиологическом положении мы достигли в 45 стопах (86,5%). По шкале Американской Ассоциации Ортопедов Стопы и Голеностопного Сустава (AAOFAS) средний клинический показатель улучшился до 90 баллов. Средний послеоперационный показатель по 10 бальной вербальной аналоговой шкале составил 1,3 балла. У 32 (88,8%) пациентов результат лечения был хорошим и пациенты достигли желаемого эффекта от оперативного лечения. Болевой синдром у всех пациентов был купирован.

Заключение. Понимание комплексного подхода и выбор правильной тактики лечения деформации переднего отдела стопы позволяет достичь желаемого эффекта и по-

Конференция «Ломоносов 2012»

лучить хорошие клинические и субъективные результаты.